Image not found or type unknown

Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 24 marca 2022 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 24 marca 2022 r. przyjęło:

- STANOWISKO w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw
- STANOWISKO w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych
- STANOWISKO w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

STANOWISKO Nr 21/22/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 marca 2022 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, który wpłynął do Sejmu RP w dniu 22 lutego 2022 r. (druk sejmowy nr 2024), sprzeciwia się przewidzianemu w niej zaostrzeniu odpowiedzialności karnej lekarzy za popełnienie przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci.
Projekt ustawy stanowi kolejną - w ostatnich kilku latach - próbę zaostrzenia sankcji karnej za popełnienie przestępstwa wymienionego w art. 155 kodeksu karnego. Projekt ustawy przewiduje zmianę zagrożenia karą wynoszącego obecnie od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności na zagrożenie karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat. Podwyższeniu uleganie więc zarówno dolna, jak i górna granica kary.
Proponowana nowelizacja art. 155 kodeksu karnego spowoduje, że:

1. znacznie bardziej prawdopodobne stanie się orzekanie przez sąd w stosunku do lekarzy bezwzględnej kary pozbawienia wolności bez zawieszenia jej wykonania (zawieszenie wykonania kary jest możliwe

jedynie w przypadku wymierzenia kary do 1 roku pozbawienia wolności, a przy podniesieniu dolnej granicy zagrożenia karą z 3 miesięcy do 6 miesięcy sądy rzadziej będą orzekały karę do 1 roku pozbawienia wolności i tym samym rzadziej będą mogły korzystać z możliwości warunkowego zawieszenia jej wykonania),

2. ograniczone będzie zastosowanie przez sąd art. 37a kodeku karnego, ponieważ przepis ten pozwala sądowi orzec karę ograniczenia wolności lub grzywny zamiast kary pozbawienia wolności jedynie w przypadku skazania sprawcy za przestępstwo zagrożone karą do 8 lat pozbawienia wolności jeśli wymierzona kara pozbawienia wolności nie byłaby surowsza od roku,
3. nie będzie możliwości warunkowego umorzenia postępowania karnego, zgodnie bowiem z art. 66 § 2 kodeksu karnego warunkowego umorzenia nie stosuje się do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności (nowelizacja art. 155 kodeksu karnego przewiduje zwiększenie zagrożenia karą do 8 lat).

Samorząd lekarski sprzeciwia się wszelkim zmianom prawa zaostrzającym odpowiedzialność karną lekarzy i lekarzy dentystów za nieumyślne czyny skutkujące uszkodzeniem ciała, rozstrojem zdrowia czy śmiercią pacjenta.

Samorząd lekarski stoi na stanowisku, że karą za błąd medyczny popełniony przez lekarza nieumyślnie co do zasady nie powinna być kara pozbawienia wolności. Nie do przyjęcia jest tego rodzaju surowa sankcja w stosunku do lekarza, który swój czyn popełnił często na skutek nadmiernego obciążenia pracą, dużej liczby pacjentów, złej organizacji opieki zdrowotnej, braków kadrowych w placówkach ochrony zdrowia czy wreszcie konieczności sprawowania nadzoru nad pracą lekarzy posiadających dyplomy uzyskane poza obszarem Unii Europejskiej, których kwalifikacje zawodowe i umiejętności językowe nie są kompleksowo weryfikowane przed dopuszczeniem do udzielania świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo trzeba zaznaczyć, że prewencyjny charakter takiej kary wydaje się znikomy z uwagi na to, że przy nieumyślnym typie przestępstwa lekarz nie działa przecież z najmniejszym nawet zamiarem wyrządzenia szkody pacjentowi.

Prezydium NRL zwraca uwagę, że nieustająca presja ustawodawcy na zaostrzenie dolegliwości karnej przewidzianej w art. 155 kodeksu karnego może spowodować, że lekarze będą rezygnowaliz kształcenia w specjalizacjach, w których ryzyko niepowodzenia leczniczego i powikłań jestwiększe. Skutkiem takiej polityki karania będzie także dalsze odchodzenie lekarzy od pracy wszpitalach, w których wykonuje się najbardziej skomplikowane - i zarazem ryzykowne - zabiegi, narzecz pracy w opiece ambulatoryjnej, gdzie ryzyko niepowodzenia leczniczego skutkującegośmiercią pacjenta jest znacznie mniejsze. Prezydium NRL podkreśla ponadto, że ryzykoponiesienia surowej kary może skutkować odstępowaniem od podejmowania skuteczniejszych, leczbardziej ryzykownych metod leczenia, na rzecz tych, które wiążą się z mniejszym ryzykiemniepowodzenia. Te niezwykle niekorzystne dla systemu opieki zdrowotnej, a przede wszystkim dlajakości i ciągłości opieki nad pacjentem zjawiska wewnętrznej migracji kadr medycznych jużwystępują, a po nowelizacji z całą pewnością jeszcze się nasilą. Zamiast straszyć lekarzy corazsurowszą odpowiedzialnością karną, ustawodawca powinien raczej podjąć wysiłki zmierzające dotego, aby utrzymać gotowość personelu lekarskiego do pracy w obszarach występowanianajwiększego ryzyka niepowodzeń leczniczych, w tym na zabiegowych oddziałach szpitalnych.

W ocenie samorządu lekarskiego istnieje potrzeba zaznaczenia w regulacjach karnoprawnych odrębności czynów popełnianych przez osoby wykonujące zawód medycznych na tle innych sprawców pospolitych przestępstw. Jest przecież sprawą oczywistą, że zupełnie inaczej należy oceniać działanie sprawcy takich czynów jak pobicie skutkujące ciężkim kalectwem lub śmiercią, użycie broni palnej czy działanie w zorganizowanej grupie przestępczej, a inaczej nieumyślny błąd popełniony przez lekarza działającego w dobrej wierze, w czasie niesienia pomocy medycznej swoim pacjentom.

STANOWISKO Nr 22/22/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 marca 2022 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, o którym poinformował Pan Waldemar Kraska Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia pismem z dnia 23 marca 2022 r., znak: DLU.0210.8.2022.3, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

STANOWISKO Nr 23/2022/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 marca 2022 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, o którym powiadomił Podsekretarz Stanu Maciej Miłkowski, pismem z dnia 25 lutego 2022 r., znak ASG.747.67.2020.TK, zgłasza następujące uwagi do przedłożonego projektu.

Na wstępie wskazać należy, że Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie ocenia odejście od stosowania amalgamatu, pomimo że przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008 (Dz. Urz. UE L 137 z 24.05.2017, str. 1) – „rozporządzenie w sprawie rtęci” planują wycofanie amalgamatu stomatologicznego do 2030 r. Pozytywnie należy również ocenić wprowadzenie do katalogu świadczeń gwarantowanych świadczenia usunięcia wypełnienia amalgamatowego. Obawy Prezydium NRL dotyczą natomiast kwestii odpowiedniej wyceny

procedury usunięcia amalgamatu, tak aby byli chętni lekarze dentyści do jej zakontraktowania.
Zastrzeżenia Prezydium NRL budzą przedstawione w Ocenie Skutków Regulacji kwestie przewidzianych wydatków płatnika w związku z zastąpieniem amalgamatu stomatologicznego cementami szkłojonomerowymi. Jak wynika z OSR według analiz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji będzie to koszt maksymalnie ok 21 mln zł. W ocenie Prezydium NRL wskazana kwota, w przeliczeniu na jedno wypełnienie będzie skutkowała niewielkim, lub wręcz kosmetycznym, wzrostem finansowania tego świadczenia i nie zapewni niezbędnej opłacalności udzielania świadczeń, a co za tym idzie rentowności kontraktów stomatologicznych.
Ponadto zdaniem Prezydium NRL niejasno sformułowane są propozycje kompensacji kosztów wyposażenia gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu. Zgodnie z OSR koszt ten ma być kompensowany przez aktualizację wyceny świadczenia usunięcia wypełnienia amalgamatowego o koszt amortyzacji separatorów. W ocenie Prezydium, w związku z brakiem danych o liczbie usuwanych wypełnień amalgamatowych niemożliwym jest prognozowanie częstości udzielania tego świadczenia. Skutkiem tego, nie sposób przyjąć przez jak dużą liczbę udzielanych świadczeń należy podzielić koszt amortyzacji samego urządzenia separatora. Wypracowane ostatecznie rozwiązanie winno przewidywać, iż placówkom stomatologicznym deklarującym udzielanie tego świadczenia, tę część kosztów świadczenia, jaka wynika z amortyzacji samego separatora, refundować się będzie rocznym ryczałtem z uwzględnieniem przyjętego jednolicie okresu amortyzacji separatora.
Błędnie też przyjmuje się w OSR, w pkt. 7, iż skutkiem regulacji będzie „*Usunięcie w całej populacji uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej amalgamatu stomatologicznego i zastąpienie go bezpiecznymi dla pacjentów materiałami do wypełnień w leczeniu stomatologicznym* ”. Wymiana wypełnienia, jak każde świadczenie zdrowotne wymaga wskazań do zabiegu. Niezależnie, jak szeroko interpretowane będą one przez lekarzy dentystów, trudna do wyobrażenia jest pełna wymiana wszystkich wypełnień amalgamatowych w całej populacji. Przyjęcie takiego sztywnego założenia byłoby niezgodne z zasadami sztuki lekarskiej i abstrahowaniem od prawa pacjenta do wyrażenia zgody na zabieg.
W ocenie Prezydium NRL wydłużeniu, do przyjemniej 30 dni, powinien ulec okres wejścia w życie przepisów rozporządzenia, tak aby gabinety stomatologiczne mogły przygotować się organizacyjnie do zmiany przepisów i aby nie zostały z zapasem zakupionego wcześniej amalgamatu.